《地中海贫血基因治疗产品临床试验技术指导原则》

征求意见反馈表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位/企业名称**：  **填写人**： | | | | |
| **联系电话**：  **电子邮箱**： | | | | |
| **序号** | **修订的位置**  **（页码和行数）** | **修订的内容（原文）** | **修订的建议** | **理由或依据** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |